



|                                                               |  |                                                 |                        |                                                          |     |
|---------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|-----|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00181239                             |  |                                                 |                        | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b>     |     |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000160938                        |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO</b>                       |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| <b>Institución Académica</b>                                  |  | <b>Campus</b>                                   | <b>Grado Académico</b> | <b>Tipo Admisión</b>                                     |     |
| UNIV. DE SAN BUENAVENTURA                                     |  | USB<br>MEDELLÍN -<br>CAMPUS                     | Pregrado               | ADMISIÓN ESTUDIANTE<br>NUEVO                             |     |
| <b>Ciclo Lectivo</b>                                          |  | <b>Programa Académico</b>                       |                        | <b>Fecha Generación</b>                                  |     |
| 2761 PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2027                            |  | INGENIERÍA DE DATOS Y<br>SOFTWARE               |                        | 2026-10-17                                               |     |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                                       |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| Primer Nombre<br>JUAN                                         |  | Segundo Nombre<br>CAMILO                        |                        | Primer Apellido<br>CASTELLANOS                           |     |
| Estado Civil                                                  |  | Sexo                                            | Grupo Sanguíneo        | Tipo Régimen                                             | EPS |
| Fecha Nacimiento<br>2009-04-27                                |  | País<br>Colombia                                |                        | Departamento<br>Antioquia                                |     |
| Tipo Documento<br>TI                                          |  | Número Documento<br>1025894090                  |                        | País Expedición<br>Colombia                              |     |
|                                                               |  |                                                 |                        | Departamento Expedición<br>Antioquia                     |     |
|                                                               |  |                                                 |                        | Ciudad Expedición<br>Bello                               |     |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>                  |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| País<br>Colombia                                              |  | Departamento<br>Antioquia                       |                        | Ciudad<br>Medellín                                       |     |
|                                                               |  | Barrio<br>No Aplica Localidad                   |                        | Estrato<br>2                                             |     |
| Dirección<br>CALLE 104F #82E 14 12 DE OCTUBRE                 |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                                |  | Teléfono<br>300/737-4228                        |                        | Otro Tipo<br>Otros                                       |     |
| Correo-E Preferido<br>lguisagalvis@gmail.com                  |  | Teléfono<br>319/413-3171                        |                        |                                                          |     |
| Correo-E Alternativo<br>juan.castellanos262@tau.usbmed.edu.co |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| <b>ESTUDIOS</b>                                               |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| Nivel Académico                                               |  | Último Centro Docente                           |                        | Tipo Institución                                         |     |
| Fecha Grado                                                   |  | Título Obtenido                                 |                        |                                                          |     |
| Libro                                                         |  | Folio                                           |                        | Tipo Bachiller                                           |     |
| País                                                          |  | Departamento                                    |                        | Ciudad                                                   |     |
| N° SPN                                                        |  | Fecha Examen                                    |                        | Vínculo con la Universidad de San Buenaventura<br>Alumno |     |
| <b>INFORMACIÓN LABORAL</b>                                    |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| Actualmente<br>Trabaja<br>No                                  |  | Empresa                                         |                        | Cargo                                                    |     |
| Fecha Inicial                                                 |  | Teléfono Preferido                              |                        |                                                          |     |
| País                                                          |  | Departamento                                    |                        | Ciudad                                                   |     |
| Dirección                                                     |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| <b>REFERENCIAS PERSONALES</b>                                 |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| Parentesco<br>Madre                                           |  | Nombre Completo<br>LINA MARELA GUIASO<br>GALVIS |                        | Teléfono<br>300/737-4228                                 |     |
| Extensión                                                     |  | Ocupación<br>AUXILIAR                           |                        | Contacto Principal<br>Si                                 |     |
| Correo-E                                                      |  | Dirección                                       |                        |                                                          |     |
| <b>DATOS BIOGRÁFICOS</b>                                      |  |                                                 |                        |                                                          |     |
| Discapacidad<br>No                                            |  | Tipo Discapacidad 1                             |                        | Tipo Discapacidad 2                                      |     |
| Tipo Discapacidad 3                                           |  | Grupo Étnico                                    |                        |                                                          |     |
| <b>IDIOMAS</b>                                                |  |                                                 |                        |                                                          |     |

La Universidad de San Buenaventura, solicita la presente información con fines tales como divulgar, comunicar y distribuir información, productos y servicios que ofrece, organizar y convocar eventos, para enviar correos electrónicos, boletines físicos y online con información, productos y servicios que ofrece, y el usuario autoriza la utilización de dicha información, según lo regulado en la ley 1581 de 2012 y en el Decreto 1377 de 2013, información que podrá darse de baja del sistema si el usuario así lo solicita, mediante solicitud dirigida al correo institucional [habeasdata@usbmed.edu.co](mailto:habeasdata@usbmed.edu.co). Si soy menor de edad, con la firma del presente formulario, autorizo a la Universidad de San Buenaventura suministrar información académica y financiera propia del proceso de formación a mis padres y/o acudientes registrados en el presente formulario.

Declaro bajo juramento que expreso mi libre aceptación y consentimiento, en compañía de mis padres o acudientes por ser menor de edad. ☒

